

**RATENANSUCHEN
NACHZAHLUNG VON VERMINDERTEN ANWARTSCHAFTEN**

An die
Ärztelammer Salzburg
Wohlfahrtsfonds
Faberstraße 10
5020 Salzburg

Sie können den Antrag gerne eingescannt via Email (wff@aeksbg.at) übermitteln

Antragssteller/in

Titel und Nachname	
Vorname	
Straße	
PLZ und Ort	
Sozialversicherungsnummer bzw. Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Email	

Antrag aufgrund folgender berücksichtigungswürdiger Umstände:

Beginn

Hinweis: das Ende der Ratenvereinbarung ist auch der Fälligkeitstermin der letzten Rate, die Fälligkeitstermine der vorangehenden Raten liegen jeweils am Ende der Perioden

Beginn Ratenvereinbarung (immer Monatserster!)	
---	--

Dauer der Ratenvereinbarung (bitte eine Auswahlmöglichkeit ankreuzen)

12 Monate

24 Monate

36 Monate

48 Monate

60 Monate

Einbehalt durch (bitte eine Auswahlmöglichkeit ankreuzen)

	Abzug durch Dienstgeber (bei monatlicher Ratenzahlung)
	Abzug durch ÖGK (bei monatlicher Ratenzahlung)
	monatliche SEPA Lastschrift-Mandat (wenn o.a. Zahlungsarten nicht möglich sind – es werden somit alle WFF Beiträge mittels SEPA eingezogen)

Wird eine bewilligte Ratenzahlung nicht termingerecht geleistet, tritt sofortige Fälligkeit des gesamten aushaftenden Betrages ein (§ 15 Abs. 1 der Beitragsordnung).

Die Verzinsung richtet sich nach § 20 der Beitragsordnung. Der zu Beginn der Ratenzahlung festgestellte Zinssatz (3 Monats Euribor zu Quartalsbeginn, mind. jedoch 0 %) gilt für die gesamte Ratenlaufzeit.

Ich werde jede Veränderung der genannten Umstände dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Salzburg unverzüglich bekannt geben. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers